

**Angaben zur Person:**

Familienname:	Vorname:	Geb.datum:
PLZ/Wohnort:	Straße/Nr.:	
Telefon tagsüber:	Mobil:	
Telefon privat:	E-Mail:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
Privatversicherung:	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	<input type="checkbox"/> Basistarif/Standardtarif

Sind Sie mitversichert bei Ehefrau/Ehemann/Mutter oder Vater? Dann geben Sie bitte die Personalien des Hauptversicherten an:

Familienname:	Vorname:	Geb.datum:
---------------	----------	------------

**Angaben zur Gesundheit:**

	Nein	Ja	Erläuterungen, behandelnder Facharzt
Herz/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Herzpaß? (Endocarditisrisiko?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Herzschrittmacher? (Pass?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein Organtransplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implantat (z. B. Knie, Hüfte, Zahn, Metallplatte, Stent)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit: _____
Diabetes/Zuckerkrankheit, Diabetes I oder II?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> Diabetologe: _____
Körpergewicht in kg, Körpergröße in m			HbA1c Wert: _____ kg                      m
Krampfleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (Allergiepaß?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie schon eine Hepatitis? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	im Jahr _____ ; A, B, C, D, andere: _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FÜR FRAUEN: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche: _____

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Angaben für die Verwaltung**

	Ja	Nein
Wünschen Sie regelmäßige Erinnerungsschreiben (recall) zur Vorsorge per E-Mail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die Datenschutzerklärung gelesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS SIE NACH EINER BETÄUBUNGSSPRITZE IN IHRER FAHRTÜCHTIGKEIT EINGESCHRÄNKT SEIN KÖNNEN!**

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig ab.  
Wir können für versäumte, nicht abgesagte Termine eine Gebühr (45,-€/angefangene 1/2 Stunde) berechnen (laut Urteil Amtsgericht Neukölln (Az C179/04).

Markt Schwaben, den	Unterschrift: _____
Markt Schwaben, den	Unterschrift: _____
Markt Schwaben, den	Unterschrift: _____
Markt Schwaben, den	Unterschrift: _____
Markt Schwaben, den	Unterschrift: _____